

No.

問診票

記入日

ふりがな		男	生年月日		
氏名		女	明大昭平	年	月
			お子様のみ(日生	歳
				歳	ヶ月)
住所	(〒 -)		15歳以下の方		
			体重()kg		
電話番号	- -	体温(発熱がある方) 発熱はいつからですか?			
携帯電話	- -	℃			

本日はどのような症状で来院されましたか？ 当てはまる症状に○をつけて下さい。

耳	痛み(左 右)	耳掃除希望(左 右)	鼻	鼻水(緑 黄 白 透明) くしゃみ	
	かゆみ(左 右)	つまる感じ(左 右)		鼻がつまる	鼻水が喉に落ちる
	難聴(左右)	耳の下の腫れ(右 左)		においが分からない	変な臭いがする
	耳だれ(左 右) → 何色ですか？			出血(左 右)	かゆみ
	耳鳴り(左 右) → 高い音 ・ 低い音			異物	
	出血(左 右)			発症日：	
めまい	発症日：		喉	痛み	骨が刺さった()
	ぐるぐる回る	ふらつき		腫れている	声がかれている
	立ちくらみ	吐き気		かゆみ	息苦しさ
	(1)めまいは初めてですか？ いいえ・はい			異物感	胃酸が逆流する
(2)頭を動かして辛い向きはありますか？		つまった感じ			
上向き 下向き 左向き 右向き わからない		発症日：			
(3)体に痺れはありますか？ いいえ・はい		風邪	咳(かわいた咳・痰の絡んだ咳)		
(3)めまいで病院を受診したことはありますか？			痰(緑 黄 白 透明)	頭痛	
いいえ・はい []		倦怠感	関節痛	悪寒	
発症日：		発症日：			
他	健康診断で受診するよう勧められた ・ アレルギー検査希望 ・ 補聴器相談 ・ いびき ・ 睡眠時無呼吸				

◆上記で○をした症状で他の病院を受診したことがありますか？ いいえ・はい

◆いままでかかった病気、現在治療中の病気を教えてください。

その他 { 脳血管疾患 心臓病 高血圧 糖尿病 喘息 結核 前立腺肥大 緑内障 }

◆現在、服用中のお薬はありますか？ { いいえ・はい }

◆お薬でアレルギーがでたことがありますか？ { いいえ・はい }

◆食物アレルギーはありますか？ { いいえ・はい }

お子様のみご記入ください。

◆お薬のご希望形状に○をしてください。 シロップ ・ 粉 ・ 錠剤

◆熱性けいれんにかかったことはありますか？ いいえ・はい _____歳

◆喘息と診断されたことはありますか？ いいえ・はい _____歳

◆気管支拡張のシールを使用したことはありますか？ いいえ・はい

◆解熱鎮痛剤を使用したことはありますか？(例:カロナール, ポンタール等) いいえ・はい

女性の方のみご記入ください。

◆現在、妊娠中ですか？ いいえ・はい 現在 _____週 現在 _____ヶ月

◆現在、授乳中ですか？ いいえ・はい

※お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒に提出ください。